



CAPA DO FORMULÁRIO DE AUXÍLIO EM DINHEIRO, VALE-REFEIÇÃO E/OU MEDI-CAL/PROGRAMA DE SERVIÇOS MÉDICOS PÚBLICOS (CMSP) DO CONDADO 34

PARA SOLICITAR AUXÍLIO EM DINHEIRO, VALE-REFEIÇÃO E/OU MEDI-CAL/CMSP DO CONDADO 34, preencha os itens de 1 a 13 no formulário anexo e assine a seção de Certificação (item 19). Entregue o formulário no escritório de assistência social. Se você tiver uma deficiência e precisar de ajuda para solicitar ou continuar recebendo auxílio em dinheiro, benefícios e serviços, informe ao condado.

ANTES QUE VOCÊ POSSA OBTER AUXÍLIO EM DINHEIRO, VALE-REFEIÇÃO OU MEDI-CAL/CMSP DO CONDADO 34, INCLUINDO NECESSIDADE IMEDIATA, ASSISTÊNCIA A PESSOAS SEM LUGAR PARA MORAR OU O SERVIÇO EXPEDIDO VALE-REFEIÇÃO, você deve nos fornecer todos os fatos solicitados na sua Declaração dos Fatos e/ou responder às perguntas durante a sua entrevista de elegibilidade. Usamos os fatos fornecidos por você para decidir sua elegibilidade e seus benefícios.

PARA AUXÍLIO EM DINHEIRO E VALE-REFEIÇÃO, o condado informará a você quando fornecer suas impressões digitais e imagem fotográfica para obter os benefícios.

PARA OBTER NECESSIDADE IMEDIATA E/OU ASSISTÊNCIA A PESSOAS SEM LUGAR PARA MORAR, você deve parecer elegível ao Auxílio em Dinheiro. Preencha o formulário anexo e nos forneça os fatos solicitados. É possível que você tenha de seguir algumas regras, como fornecer seu(s) número(s) de identidade nacional, tentar obter os rendimentos disponíveis para você e concordar em cooperar com a agência de assistência infantil local quanto à pensão alimentícia e auxílio médico.

PARA O VALE-REFEIÇÃO, o formulário pode ser preenchido e assinado, sob pena de perjúrio, por um membro adulto da residência ou representante autorizado. Se você não for um membro adulto da residência, deverá obter uma nota por escrito e assinada pelo chefe ou outro membro adulto da residência afirmando que você pode fazer a solicitação em nome da família, buscar os cupons do vale-refeição e/ou usar o vale-refeição para comprar alimentos para a residência.

VALE-REFEIÇÃO – Data da Elegibilidade

Se você for elegível ao vale-refeição, calcularemos os seus benefícios a partir da data de solicitação. Você poderá solicitar o vale-refeição desde o primeiro dia em que contatar o escritório de assistência social.

NECESSIDADE IMEDIATA DE AUXÍLIO EM DINHEIRO

Se você tiver uma emergência, poderá receber até US\$ 200 enquanto verificamos a sua solicitação. Você precisará nos informar sobre a situação e provar que não possui os rendimentos ou dinheiro suficientes para pagar pelas seguintes emergências:

- Falta de habitação ou alimentos
- Aviso de despejo
- Nenhum serviço público e municipal ou aviso de cancelamento desses serviços
- Falta de vestuário básico
- Meios de transporte básico não disponíveis
- Outros tipos de emergências importantes para manter a saúde e segurança.

Se o seu pedido de Necessidade Imediata for recusado, você poderá fazer um novo durante o tempo em que estivermos verificando a sua solicitação. Informe ao condado se houver alguma alteração.

AUXÍLIO EM DINHEIRO - ASSISTÊNCIA A PESSOAS SEM LUGAR PARA MORAR

Se você não tiver um lugar para morar ou tiver recebido um aviso para pagar o aluguel ou deixar a residência e quiser solicitar auxílio, informe ao condado. A Assistência a Pessoas sem Lugar para Morar estará disponível apenas uma vez, com algumas exceções.

CalWORKs - SERVIÇOS ALTERNATIVOS

Os serviços alternativos podem ajudar os candidatos que precisam de alguma assistência, mas não querem ou não precisam recorrer à assistência social. Esses serviços permitem que você escolha um pagamento único em dinheiro ou serviços não monetários em vez de recorrer à assistência. Você pode escolher os Serviços Alternativos apenas no momento da solicitação ao auxílio em dinheiro e poderá ser elegível ao Medi-Cal, assistência infantil e vale-refeição.

Após examinar seus fatos, o condado lhe informará se você é elegível aos Serviços Alternativos. Se você for elegível, escolherá um pagamento em dinheiro alternativo ou serviços não monetários no lugar do auxílio em dinheiro:

- Você receberá um aviso de recusa a auxílio em dinheiro.
- Seu auxílio em dinheiro ou o período de recebimento desse auxílio poderá ser reduzido se você solicitá-lo mais tarde.

CANDIDATOS AO VALE-REFEIÇÃO: Tudo o que você precisa fazer no dia da solicitação é informar o seu nome e endereço, declarar que deseja o vale-refeição (item 8) e assinar o formulário (item 19). Antes de dizermos se você é elegível, você deve nos fornecer todos os fatos solicitados na sua Declaração dos Fatos e/ou responder às perguntas durante a entrevista de elegibilidade. Você saberá se é elegível 30 dias após a sua solicitação.

SERVIÇO EXPEDIDO VALE-REFEIÇÃO

Você terá direito a receber o vale-refeição em três dias. A sua residência precisa ser elegível ao Programa do Vale-Refeição E POSSUIR:

- Gastos com aluguel ou hipoteca e com serviços públicos e municipais que sejam maiores que os seus recursos líquidos e rendimentos em um mês, antes das deduções (**veja o verso da página para as definições de rendimentos e recursos líquidos**)
OU
- Não mais de US\$ 100 em recursos líquidos e menos de US\$ 150 em rendimentos ao mês antes das deduções
OU
- Não mais de US\$ 100 em recursos líquidos e pelo menos um membro que seja migrante ou agropecuarista sazonal.

Antes que você receba o vale-refeição em três dias, **preencha os itens de 1 a 17 no formulário anexo**; forneça todos os dados solicitados durante a entrevista de elegibilidade; e nos entregue um comprovante de identidade.

ELEGIBILIDADE PRESUNTIVA (PE) AO MEDI-CAL PARA MULHERES GRÁVIDAS

Se você for uma mulher grávida, poderá obter Medi-Cal temporário de certos prestadores de serviços médicos para vários tipos de cuidados pré-natais antes de se candidatar ao Medi-Cal comum. Pergunte ao seu médico ou na sua clínica se eles oferecem PE. Se você se candidatar ao CalWORKs ou Medi-Cal no final do mês após o mês em que você obteve o cartão de PE, seu Medi-Cal temporário continuará valendo até que o auxílio seja aprovado ou recusado. Se você estiver recebendo PE, informe ao condado e marque "SIM" em ambas as partes do item 12.

MEDI-CAL/ CMSP DO CONDADO 34 - EMERGÊNCIA MÉDICA/ GRAVIDEZ

Se você tiver uma emergência médica ou for uma mulher grávida. E precisar do Medi-Cal/CMSP do Condado 34 o mais rápido possível, preencha os itens de 1 a 13. Você também precisa informar todos os fatos solicitados durante a sua entrevista de elegibilidade e cumprir todos requisitos de elegibilidade.

O QUE SIGNIFICAM AS INFORMAÇÕES A SEGUIR:

- **CalWORKs:** Programa Californiano de Oportunidades de Trabalho e Responsabilidade Direcionada a Crianças.
- **Auxílio em Dinheiro:** Auxílio dos programas CalWORKs e/ou Assistência Monetária para Refugiados (RCA).
- **Serviços Alternativos:** Um pagamento único em dinheiro ou serviços não monetários em vez de recorrer ao auxílio em dinheiro.
- **Vale-Refeição:** Benefícios para residências com baixa renda que auxiliam a comprar alimentos.
- **Serviço Expedido Vale-Refeição:** Obtenção do vale-refeição em 3 dias.
- **Medi-Cal:** Benefícios médicos necessários para pessoas elegíveis.
- **Elegibilidade Presuntiva (PE) ao Medi-Cal:** Cobertura temporária do Medi-Cal oferecida por certos médicos e clínicas com vários tipos de cuidados pré-natais para pacientes externos.
- **CMSP do Condado 34:** Benefícios médicos necessários para adultos elegíveis que não recebam o Medi-Cal e vivam em condados rurais.
- **Medi-Cal Restrito:** Cuidados médicos somente para emergências e gravidez.
- **CMSP do Condado 34 Restrito:** Somente para emergências.
- **Representante Autorizado:** Uma pessoa escolhida por um candidato ou beneficiário do vale-refeição e/ou Medi-Cal que pode resolver algumas situações em nome do candidato ou beneficiário.
- **Chefe da Residência:** Um membro responsável da residência com vale-refeição.
- **Rendimentos:** Dinheiro recebido ou esperado, como:
 - Ganhos, previdência, pensão alimentícia, Rendimentos Suplementares de Seguro/Pagamentos Suplementares do Estado (SSI/SSP) ou Programa de Assistência Monetária para Imigrantes (CAPI);
 - Benefícios do Seguro-desemprego (UIB), Seguro Estadual por Deficiência (SDI), Benefícios para Veteranos (VA) ou outros pagamentos por deficiência;
 - Fundos gerados por greves; pagamentos de inquilinos e hóspedes, subvenções escolares e empréstimos;
 - Presentes em dinheiro, ganhos em dinheiro ou qualquer outro pagamento em dinheiro.
- **Recursos Líquidos:** Dinheiro que não se classifique como rendimento, por exemplo:
 - Dinheiro em mãos, cheques não depositados; dinheiro em conta corrente, poupança; ou certificados de poupança;
 - Escrituras de fideicomisso, notas a receber, ações ou títulos etc.
- **Serviços Públicos e Municipais:** Gás, eletricidade, aquecimento, combustível, telefone (tarifa básica), instalação de serviços públicos e municipais, lixo e recolhimento de lixo, água, esgoto etc.
- **Você, Alguém, Todos:** Todas as pessoas que habitam a sua residência.

OUTROS PONTOS IMPORTANTES:

- Você pode solicitar o auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal ao mesmo tempo e passar por uma entrevista para todos.
- Você tem o direito de preencher esta formulário sozinho ou, se necessário, pedir para alguém ajudá-lo.
- **PAGAMENTOS EXTRAS/EMISSIONES EXTRAS:** Significa que você recebeu mais auxílio em dinheiro ou benefícios do que deveria. Você terá de reembolsar o valor, mesmo que o erro seja do condado. Seu auxílio em dinheiro ou vale-refeição será reduzido ou interrompido. Sua parte nos custos do Medi-Cal/CMSP do Condado 34 poderá ser alterada.

- **FRAUDE E PERJÚRIO:** Fraude e perjúrio são crimes. A lei estabelece que você deve assinar uma declaração de penalidade por perjúrio na maioria dos formulários para receber ou continuar recebendo auxílio em dinheiro, vale-refeição e Medi-Cal/CMSP do Condado 34. Perjúrio significa que você mentiu quando jurou relatar os fatos verdadeiros, corretos e completos. Se você mentiu sobre os fatos ou **intencionalmente** não informou todos os fatos ou situações que afetariam a sua elegibilidade e níveis de pagamentos auxiliares, poderá ser acusado de fraude.
- **Se você for considerado culpado por cometer fraude, poderá ser multado em até US\$ 10.000 no caso de auxílio em dinheiro e US\$ 250.000 para o vale-refeição e/ou enviado à prisão por 3 anos para o auxílio em dinheiro e 20 anos para o vale-refeição. E os benefícios do auxílio em dinheiro e vale-refeição poderão ser interrompidos durante 6 meses, 12 meses, 2 anos, 4 anos, 5 anos, 10 anos, 20 anos ou permanentemente; e, no caso de Assistência Monetária para Refugiados, 3 meses e 6 meses.**
- **REGRAS DO NÚMERO DE IDENTIDADE NACIONAL (SSN):** Usamos uma base de dados de computador para comparar os SSNs com os registros de pagamento de impostos, previdência, emprego, da Administração de Identidade Nacional e outras agências para verificar se você está relatando todos os seus rendimentos e recursos. As diferenças poderão ser verificadas com empregadores, bancos e/ou outros. Também comparamos SSNs para verificar se você não está solicitando ajuda em mais de um caso, ou em outro condado ou estado; e, no caso do auxílio em dinheiro e vale-refeição, conferimos as agências de manutenção e garantia da lei para a verificação de mandatos de prisão.
- **Auxílio em dinheiro e vale-refeição:** Você deve fornecer o SSN de cada candidato/participante do auxílio em dinheiro e/ou vale-refeição. Se você se recusar a nos fornecer o SSN ou formulário que comprove a solicitação de um SSN, não poderá obter auxílio em dinheiro ou vale-refeição. Para auxílio em dinheiro, você deve fornecer seu(s) SSN(s) ou o formulário que comprove a solicitação de um SSN 30 dias após a solicitação do auxílio em dinheiro e fornecer o SSN ao condado assim que recebê-lo.
- **Medi-Cal/CMSP do Condado 34:** Os candidatos ao Medi-Cal/CMSP do Condado 34 que possuam um SSN devem fornecê-lo ao condado. Qualquer cidadão dos EUA, natural dos EUA, estrangeiro sob anistia com um I-688 válido e atual, não cidadão com residência legal permanente (LPR) nos EUA ou não cidadão com residência permanente nos EUA a critério governamental (PRUCOL) que se recuse a fornecer um SSN ou comprovar a solicitação de um SSN não poderá obter Medi-Cal/CMSP do Condado 34, e **aquele que não for** um estrangeiro sob anistia com um I-688 válido e atual, ou um LPR ou PRUCOL, ainda poderá obter benefícios médicos restritos se cumprir todas as regras de elegibilidade, inclusive a de residência na Califórnia.

RECLAMAÇÕES

Se você achar que sofreu discriminação, entre em contato com o representante de direitos civis do condado ou escreva para: State Civil Rights Bureau
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
ou ligue a cobrar para (916) 654-2107 ou, para pessoas com impedimentos auditivos, TDD 1 - (916) 654-2098.

Para outros tipos de reclamações, entre em contato com o seu condado primeiro. Se você e o condado não entrarem em um acordo, escreva ou ligue para: Public Inquiry and Response (PIAR)
744 P Street, M.S. 6-23
Sacramento, CA 95814
Telefone 1 - (800) 952-5253
ou, no caso de pessoas com impedimentos auditivos ou vocais, TDD 1 - (800) 952-8349

AUDIÊNCIAS ESTADUAIS

Você deve solicitar a audiência em até 90 dias após a ação do condado e dizer por que você quer a audiência. É possível solicitar uma Audiência Estadual por escrito no escritório local de apelações do condado ou ligando para um dos telefones do Escritório de Perguntas e Respostas ao Público indicados acima caso você:

- Não concorde com uma ação tomada pelo condado ou
- Esteja solicitando uma audiência estadual para auxílio em dinheiro, vale-refeição, Medi-Cal ou

Queira apelar dos problemas de elegibilidade de CMSP do Condado 34. Você poderá **somente escrever** ao condado.

FORMULÁRIO DE AUXÍLIO EM DINHEIRO, VALE-REFEIÇÃO E/OU MEDI-CAL/CMSP DO CONDADO 34

Antes de preencher este formulário, leia a capa. Se precisar de mais espaço para suas respostas, escreva no verso desta folha.

1. NOME COMPLETO DO CANDIDATO		2. NÚMERO DE IDENTIDADE NACIONAL (SSN)		COUNTY USE ONLY	
3. NOME DE SOLTEIRA OU OUTRO (SE HOUVER)		2A. DATA DE NASCIMENTO (MM-DD-AAAA)			
4. ENDEREÇO RESIDENCIAL: NÚMERO RUA		5. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (CASO SEJA DIFERENTE)		CASE NUMBER	
CIDADE	ESTADO	CEP	CIDADE	ESTADO	CEP
6. TELEFONE(S): RESIDENCIAL ()		COMERCIAL ()		PARA MENSAGENS ()	
7. Seu endereço residencial é permanente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SEM RESIDÊNCIA				Se não for permanente, explique:	
8. Alguém está solicitando: Auxílio em Dinheiro <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Vale-Refeição <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Medi-Cal <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Qualquer outro programa <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se "SIM", explique:		CMSP do Condado 34 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
9. Alguém já solicitou ou recebeu auxílio ou benefícios, incluindo Medi-Cal/CMSP do Condado 34/ Medicaid <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (assistência médica em outro estado) ou serviços alternativos ou não monetários? Se "SIM", indique:					
TIPO DE AUXÍLIO/BENEFÍCIO			DATA(S) DE RECEBIMENTO		
NOME(S) UTILIZADO(S)			RECEBIDO ONDE? (CONDADO/ESTADO/PAÍS)		
10. A lei determina que você deve registrar sua etnia, raça e idioma. Sua elegibilidade não será afetada.					
A. ETNIA (Todos devem responder o item B) Você é hispânico ou latino? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
B. RAÇA/ORIGEM ÉTNICA - Marque todas as caixas que se aplicam a você. Se não responder a esta pergunta, o condado fará isso por você.					
<input type="checkbox"/> Nativo-americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <input type="checkbox"/> Branco					
<input type="checkbox"/> Asiático (se marcar esta opção, selecione um ou mais dos itens a seguir)					
<input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Japonês <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indo-americano					
<input type="checkbox"/> Cambojano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Outra raça asiática (especifique) _____					
<input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou de outra ilha do Pacífico (se marcar esta opção, selecione um ou mais dos itens a seguir)					
<input type="checkbox"/> Nativo do Havaí <input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____					
C. PRIMEIRO IDIOMA:					
<input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Linguagem de sinais norte-americana					
<input type="checkbox"/> Cantonês <input type="checkbox"/> Cambojano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Russo <input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____					
11. Alguém é um migrante ou agropecuarista sazonal? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
12. Há alguma mulher grávida? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "SIM", ela obteve um cartão de Elegibilidade Presuntiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
13. Alguém tem uma emergência pessoal? Se "SIM", marque (✓) de que tipo: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
<input type="checkbox"/> Necessidade Médica Imediata <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Abusos contra Crianças <input type="checkbox"/> Abusos Domésticos					
<input type="checkbox"/> Abusos contra Idosos <input type="checkbox"/> Outra emergência que ameace a saúde e a segurança. Explique: _____					
SE VOCÊ PRECISAR DE: PAGAMENTO POR NECESSIDADE IMEDIATA DE AUXÍLIO EM DINHEIRO PREENCHA OS ITENS 14 - 18.					
SERVIÇO EXPEDIDO VALE-REFEIÇÃO PREENCHA OS ITENS 14 - 17.					
14. Quantos recursos líquidos todos possuem no total, inclusive as crianças?		17. Qual é o valor dos seu serviços públicos e municipais que não estão incluídos no aluguel deste mês? \$ _____			
<input type="checkbox"/> Dinheiro, cheques não depositados ou ordens de pagamento \$ _____				SIM NÃO	
<input type="checkbox"/> Conta(s) corrente/poupança ou conta de união de crédito \$ _____		18. Você recebeu um aviso de despejo ou aviso para pagar o aluguel ou deixar a residência?			
<input type="checkbox"/> Escrituras de fideicomisso, notas a receber, ações ou títulos \$ _____		Seus serviços públicos e municipais foram cancelados ou você recebeu um aviso de cancelamento?			
<input type="checkbox"/> Outro (explique) \$ _____		Seus alimentos acabarão em 3 dias ou menos?			
15. Qual o valor dos rendimentos que todos, inclusive as crianças, receberam ou receberão este mês?		Você precisa de vestuário básico, como fraldas ou roupas para climas frios?			
Data	Valor	Data	Valor		
_____	\$ _____	_____	\$ _____		
16. Qual foi o valor do seu aluguel ou hipoteca no mês atual?		Você precisa de ajuda com transporte para obter alimentos, vestuário, cuidados médicos ou outros itens de emergência?			
\$ _____					
<ul style="list-style-type: none"> • Certifico que recebi uma cópia da capa. Compreendo e aceito que tenho de cumprir as regras de elegibilidade, algumas antes que qualquer auxílio me possa ser fornecido. Compreendo que as declarações feitas por mim neste formulário poderão ser conferidas e verificadas. • Certifico que, caso tenha solicitado o Vale-Refeição, o condado me informou sobre o meu direito ao Serviço Expedido. • Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas neste formulário são verdadeiras, corretas e estão completas. 					
19. ASSINATURA (OU MARCA) DO CANDIDATO OU REPRESENTANTE AUTORIZADO				DATA DE ASSINATURA	
ASSINATURA DA TESTEMUNHA OU INTÉRPRETE				DATA DE ASSINATURA	
				TRANSITIONING CASE NUMBER	
				COUNTY OF APPLICATION	
				COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)	